# بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر ایلام و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۴

**آرمان آزادی، حمید تقی نژاد، میلاد عزیزی*، یعقوب محمودی، هما جمال‌الدین**

## چکیده

**مقدمه و هدف:** افزایش جمعیت سالمندان، منجر به افزایش توجه به مفاهیم سلامتی وکیفیت زندگی طی دهه‌های گذشته گردیده است. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر ایلام و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

**مواد و روشها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی، از نوع مقطعی است، که نمونه‌های پژوهش آن شامل تعداد ۲۰۰ نفر از سالمندان شهر ایلام بودکه به صورت تصادفی و با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای از ۱۰ مرکز بهداشتی- درمانی شهری انتخاب شدند. شاخص کیفیت زندگی نمونه‌های مورد مطالعه به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی ۲۶ سوالی سازمان بهداشت جهانی (SF-26)، نسخه‌ی فارسی، بررسی گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 19.0، آمار توصیفی، آزمون تی تست و ANOVA استفاده شد.

**یافته‌ها:** داده‌های بدست آمده در خصوص ابعاد چهارگانه‌ی سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط و عملکرد کلی کیفیت زندگی سالمندان نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی ۴۷.۸۶، سلامت روانی ۵۱.۳۳، روابط اجتماعی ۵۶.۳۳ و سلامت محیط ۴۵.۸۸ بود. میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی افراد سالمند ۵۰.۲۹ بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که میانگین کیفیت زندگی مردان سالمند (۵۸.۶۲ با انحراف معیار ۲.۵۹) بالاتر از کیفیت زندگی زنهای سالمند (۴۲.۷ با انحراف معیار ۱.۵۱) بود. همچنین رابطه‌ی معناداری بین کیفیت زندگی با جنس، سطح سواد و وضعیت تاهل مشاهده شد (P<0/03)، و با مواردی از قبیل سن، وضعیت شغلی و بیمه، رابطه‌ی معنی-دار آماری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان داد که نمونه‌ی پژوهش از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بودند. بنابراین، نیاز به یک استراتژی برای کمک به افراد مسن درجهت بهبود و حفظ سلامت عمومی و کیفیت زندگی آنها وجود دارد.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، سالمندی، عوامل مرتبط

**آرمان آزادی**
دکترای تخصصی پرستاری و استادیار
دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

**حمید تقی نژاد**
دکترای تخصصی پرستاری و استادیار
دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

**میلاد عزیزی***
دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. ( نویسنده مسئول )
milad.azizi1366@yahoo.com

**یعقوب محمودی**
کارشناسی ارشد پرستاری آموزش داخلی – جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

**هما جمال الدین**
دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

دریافت: ۹۵/۲/۱
پذیرش: ۹۵/۶/۲۲

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

**مقدمه**

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسئله‌ی مهمتری تحت عنوان چگونگی گذر عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب نظران و محققین در مورد سالمندی را به خود جلب کرده است. رشد سریع جمعیت به ویژه در کشورهای در حال توسعه و افزایش طول عمر و امید به زندگی پدیدهٔ سالمندی جوامع را موجب شده است.

امروزه در تمام جوامع، سالمندی به عنوان یک مسأله مهم مطرح است. کاهش میزان باروری، نقش عمده‌ای در افزایش نسبت جمعیت سالمندان داشته است، نسبت جمعیت سالمندان به کل جمعیت تقریباً در همه کشورها به طور منظم رو به افزایش است (۱). جمعیت دنیا به سرعت در حال سالخورده شدن است. طبق پیش‌بینی‌های بخش جمعیت سازمان ملل متحد، نسبت جمعیت سالمند در جهان از حدود ۱۰.۵ درصد به در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱.۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت. ایران نیز، اگرچه در این راه نسبت به کشورهایی مثل چین و کره متأخر محسوب می‌شود، اما در پی تغییرات سریع و وسیع دموگرافیک طی دو دهه‌ی اخیر، به سرعت به سمت سالخوردگی پیش می‌رود (۲). شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که روند سالمندی جمعیت در کشور ما نیز در حال گسترش است (۳).

اگرچه در ایران نسبت گروه‌های سنی جوان به کل جمعیت کشور درصد بالاتری دارد و کشور ما از نظر ساختار جمعیتی در شمار کشورهای جوان قرار می-دهد، طبق سرشماری سال ۱۳۳۵، ۶.۲ درصد جمعیت کشور، سال ۱۳۴۵، ۶.۵ درصد، سال ۱۳۵۵، ۵.۲ درصد، سال ۱۳۶۵، ۵.۴ درصد، سال ۱۳۷۵، ۶.۶ درصد، سال ۱۳۸۵، ۷.۳ درصد و سال ۱۳۹۰، ۸.۳ درصد جمعیت کشود بالای ۶۰ سال داشتند (۴).

بیش از نیمی از سالمندان در انجام فعالیتهای روزمره‌ی زندگی پایه (از قبیل پختن غذا، مصرف دارو، استفاده از وجه نقد) دارای مشکل هستند و میزان بالایی از ناتوانی در افراد گروه‌های سنی بالاتر وجود دارد (۵). تغییر در الگوی بیماریها که کاهش میزان بیماریهای عفونی و افزایش طول عمر و بیماریهای مزمن را به همراه داشته ، منجر به افزایش توجه به مفاهیم سلامتی وکیفیت زندگی طی دهه‌های اخیر گردیده است (۶).

کیفیت زندگی به شیوه‌های مختلف تعریف شده است. برخی اندیشمندان بر این باورند که کیفیت زندگی مجموعه‌ای است که نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی، و امکانات زندگی را تشکیل می‌دهد (۷). برخی دیگر می‌گویند که کیفیت زندگی به معنای احساسی است که فرد نسبت به رفاه اجتماعی، عاطفی، و جسمانی خود دارد و این احساس متأثر از این است که یک فرد در شرایط مختلف زندگی تا چه اندازه به خشنودی شخصی نایل شده است (۸).

کیفیت زندگی یک وضعیت رفاهی است که مشتمل بر توانایی اجرای فعالیتهای روزمره که همان سلامت جسمی و روانی و اجتماعی است و رضایت از سطوح عملکرد، کنترل و درمان بیماری می‌باشد (۹).

بررسی دلیلو[1] نشان می‌دهد در دهه‌ی هفتم زندگی با شروع اختلال در عملکرد سیستم گوارشی روند تغذیه‌ی سالمندان دچار اختلال می‌شود و این امر موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۱۰). بررسی شیرلی[2] نیز بیانگر این واقعیت است که سالمندان

1. De Lillo
2. Shirley

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

دچار اختلالات متعدد حسی از جمله بینایی، شنوایی و حس‌های دیگر می‌شوند، که نتیجه آن محدود شدن عملکردهای اجتماعی و افزایش تدریجی وابستگی به دیگران و کاهش کیفیت زندگی است (۱۱).

نتایج تحقیق تاجور و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که نمره کل کیفیت زندگی در مردان ۶۵.۶ و در زنان ۵۱.۱۵ بود و با افزایش میانگین سنی شاخص کیفیت زندگی کمتر می‌شود؛ همچنین وضعیت کیفیت زندگی سالمندانی که متأهل بودند، بهتر گزارش شد (۱۲).

اهمیت کیفیت زندگی و وضعیت سلامت تا حدی است که صاحب نظران تمرکز مراقبتهای بهداشتی قرن حاضر را بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیان کرده‌اند (۱۳). ویژگیهای مهم کیفیت زندگی که مورد توافق اغلب صاحب نظران علوم انسانی و اجتماعی است، شامل چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن آن است. این سه بعد اساس کیفیت زندگی در رابطه با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. کیفیت زندگی دارای مفهوم وسیعی است که شامل همه ابعاد زندگی می‌گردد. این ابعاد شامل سلامتی است ولی تنها محدود به آن نمی‌گردد (۱۴).

تفاوت عمده‌ای که بین کشورهای پیشرفته و کشورهای در حال توسعه نظیر ایران وجود دارد این است که دولت و مردم در کشورهای توسعه یافته کاملاً آماده‌اند تا با چالش ناشی از شمار فزاینده افراد سالمند مواجه شوند، در حالی که اغلب کشورهای در حال توسعه حتی از این پدیده و گرفتاریهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن آگاه نیستند (۱۵).

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت سالمندی در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه و با عنایت به ویژگیهای این دوران و تاثیر آن بر روند زندگی آنها، ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی به منظور شناخت وضعیت کیفیت زندگی این قشر از جامعه، بر آن شدیم تا کیفیت زندگی سالمندان شهر ایلام را بررسی نماییم.

## مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی، از نوع مقطعی است، که با هدف بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر ایلام و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. جامعه‌ی مورد مطالعه شامل کلیه‌ی سالمندان ساکن شهر ایلام که حداقل ۶۰ سال سن داشته و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند. نمونه‌ی پژوهش شامل تعداد ۲۰۰ نفر از سالمندان مناطق شمال، جنوب، شرق و غرب شهر ایلام بودند، که از نظر ذهنی هوشیار بوده و قادر به پاسخگویی به سوالات بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه شد. در این پژوهش ابتدا کل جمعیت سالمند شهر ایلام به عنوان جامعه‌ی پژوهش انتخاب شدند، سپس با توجه به جمعیت سالمند تحت پوشش هر مرکز بهداشتی و به صورت خوشه‌ای، نمونه پژوهش از بین جامعه‌ی پژوهش انتخاب شدند. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه‌ی حضوری و با استفاده از پرسشنامه بود.

پژوهشگر با نامه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام معرفی گردید. شرایط شرکت در مطالعه برای نمونه‌ها، سن بالای ۶۰ سال و تمایل برای شرکت در مطالعه بود. سالمندان شرکت کننده در صورت داشتن بیماری ناتوان کننده از نمونه خارج می شدند. به افراد سالمند شرکت کننده اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه اختیاری است و آنها می‌توانند در مطالعه شرکت نکنند و یا به بعضی از سوالات پاسخ ندهند. از نوشتن مشخصات شناسایی بر روی پرسشنامه خودداری شد.

شاخص کیفیت زندگی نمونه‌های مورد مطالعه به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی ۲۶ سوالی سازمان

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

بهداشت جهانی (SF-26)، نسخه‌ی فارسی، بررسی گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی (WHOQOL-BREF) یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف می باشد. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره‌ی ۰ تا ۳۰ کیفیت زندگی نامطلوب، ۳۰ تا ۷۰ کیفیت زندگی متوسط و نمره ی ۷۰ تا ۱۰۰ نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر و مطلوب است. این پرسشنامه با توجه به عمومیت، سادگی، سازگاری و انطباق ابعاد مورد ارزیابی با فرهنگ و نوع ابعاد فیزیکی- روانی جمعیت مورد مطالعه، برای این پژوهش مناسب تشخیص داده شد. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) بررسی شد (۱۶). پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاسها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰.۷۰، سلامت روانی۰.۷۷، روابط اجتماعی ۰.۷۵، سلامت محیط ۰.۸۴ به دست آمد . همسانی درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که از ۰.۵۲ تا ۰.۸۴ در ابعاد مختلف گزارش شد.

پرسشنامه از طریق مصاحبه تکمیل شد. به افراد سالمند شرکت کننده اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه اختیاری است و آنها می‌توانند در مطالعه شرکت نکنند یا به بعضی از سوالات جواب ندهند و از نوشتن مشخصات شناسایی در روی پرسشنامه پرهیز کنند.

همچنین از شرکت کنندگان در پژوهش پس از ارائه توضیحات لازم در مورد اهمیت و اهداف تحقیق و محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده، رضایتنامه‌ی کتبی اخذ شد.

به منظور تجزیه وتحلیل داده‌های حاصله از آمار توصیفی، آزمون تی تست و ANOVA و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS 19.0 در محیط ویندوز استفاده گردید.

## یافته‌ها

یافته‌های بدست آمده از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که از ۲۰۰ نفر سالمند شرکت‌کننده در مطالعه ۱۰۴ نفر (۵۲٪) از افراد مرد و ۹۶ نفر (۴۸٪) از افراد زن بودند. از این تعداد میانگین (۶۸٪) متاهل و سایر افراد مجرد و به تنهایی زندگی می‌کردند. میانگین سن مردان ۷۱.۴ سال ومیانگین سن زنان ۶۹.۷ سال بود. از نظر سطح سواد، ۱۶۴ نفر (۸۴٪) از افراد بیسواد و ۳۶ نفر (۱۷.۹۹٪) از افراد کم سواد و درحد خواندن و نوشتن بودند. (جدول ۱)

از نظر وضعیت شغلی، ۱۸ نفر (۱۷.۳٪) از مردان کشاورز، ۱۷ نفر (۱۶.۳٪) کارگر، ۲۱ نفر (۲۰.۱۹٪) بازنشته تامین اجتماعی و ۴۸ نفر (۴۶.۲٪) بیکار بودند که به طور مستقیم و غیر مستقیم تحت حمایت مالی فرزندان قرار داشتند. همچنین ۸۹ نفر (۹۲.۷٪) از زنان شرکت‌کننده خانه‌دار و ۷ نفر (۷.۲۹٪) نیز بازنشته‌ی تامین اجتماعی بودند. به طور کلی (۱۳.۷۴٪) از افراد تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی، (۴۳.۸۶٪) تحت پوشش کمیته امداد، (۳۵.۸۹٪) تحت پوشش سایر بیمه-های خدمات درمانی و (۶.۴۹٪) تحت حمایت هیچ سازمان بیمه ای نبودند. (جدول ۱)

نتایج بدست آمده در خصوص میانگین ابعاد چهارگانه‌ی سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

اجتماعی و سلامت محیط و وضعیت کلی کیفیت زندگی سالمندان (بر اساس امتیاز پرسشنامه از صفر تا صد)، نشان داد که میانگین نمره‌ی سلامت جسمی ۴۷.۸۶، سلامت روانی ۵۱.۳۳، روابط اجتماعی ۵۶.۳۳، سلامت محیط ۴۵.۸۸ بود. همچنین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی افراد سالمند ۵۰.۲۹ بود. ( جدول ۲).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که به طور کلی ابعاد کیفیت زندگی با مواردی از قبیل جنس، سطح سواد و وضعیت تاهل ارتباط آماری معنی‌داری (P<0/03)، و با مواردی از قبیل سن، وضعیت شغلی و بیمه، ارتباط آماری معنی‌داری نشان نداده است که این موارد در جدول ۱ آورده شده است.

**جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده و ارتباط با ابعاد کیفیت زندگی افراد**

| مشخصات | جنسیت | مرد | | زن | | کل | | مقدار p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| تعداد افراد شرکت کننده به تفکیک جنس | | ۵۲.۰ | ۱۰۴ | ۴۸.۰ | ۹۶ | ۱۰۰.۰ | ۲۰۰ | P<0/03 |
| میانگین سن افراد / سال | | ۷۱.۴ | | ۶۹.۷ | | ۷۰.۵۵ | | |
| سطح سواد | بیسواد | ۷۹.۸ | ۸۳ | ۸۴.۴ | ۸۱ | ۸۲.۱ | ۱۶۴ | P<0/03 |
| | کم سواد | ۲۰.۲ | ۲۱ | ۱۵.۶ | ۱۵ | ۱۷.۹ | ۳۶ | |
| وضعیت شغلی | کشاورز | ۱۷.۳ | ۱۸ | – | – | ۱۷.۳ | ۱۸ | |
| | کارگر | ۱۶.۳ | ۱۷ | – | – | ۱۶.۳ | ۱۷ | |
| | بیکار | ۴۶.۲ | ۴۸ | – | – | ۴۶.۲ | ۴۸ | P<0/29 |
| | خانه دار | – | – | ۹۲.۷ | ۸۹ | ۹۲.۷ | ۸۹ | |
| | بازنشسته | ۲۰.۱۹ | ۲۱ | ۷.۲۹ | ۷ | ۱۳.۷۴ | ۲۸ | |
| وضعیت تاهل | متاهل | ۶۷.۳ | ۷۰ | ۶۹.۸ | ۶۷ | ۶۸.۵۵ | ۱۳۷ | P<0/02 |
| | مجرد | ۳۲.۷ | ۳۴ | ۳۰.۲ | ۲۹ | ۳۱.۴۵ | ۷۳ | |
| سن | ۶۰ تا ۷۵ سال | ۷۳.۰۷ | ۷۶ | ۸۳.۳۳ | ۸۰ | ۷۸.۲ | ۱۵۶ | P<0/12 |
| | ۷۵ سال به بالا | ۲۶.۹۳ | ۲۸ | ۱۶.۶۷ | ۱۶ | ۲۱.۸۸ | ۴۴ | |
| وضعیت بیمه | تامین اجتماعی | ۲۰.۱۹ | ۲۱ | ۷.۲۹ | ۷ | ۱۳.۷۴ | ۲۸ | |
| | کمیته امداد | ۳۴.۶۱ | ۳۶ | ۵۳.۱۲ | ۵۱ | ۴۳.۸۶ | ۸۷ | P<0/37 |
| | سایر | ۳۸.۴۶ | ۴۰ | ۳۳.۳۳ | ۳۲ | ۳۵.۸۹ | ۷۲ | |
| | فاقد بیمه | ۶.۷۳ | ۷ | ۶.۲۵ | ۶ | ۶.۴۹ | ۱۳ | |

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

**جدول ۲: ابعاد چهارگانه‌ی کیفیت زندگی سالمندان شهر ایلام در سال ۱۳۹۴**

| جنسیت | میانگین | سلامت جسمی | سلامت روانی | روابط اجتماعی | سلامت محیط | نمره کلی کیفیت زندگی |
|---|---|---|---|---|---|---|
| مرد | | ۵۴.۳۹ ± ۷.۲۱ | ۵۷.۳۷ ± ۶.۴۰ | ۶۲.۷۵ ± ۳.۲۳ | ۵۳.۵۹ ± ۶.۳۷ | ۵۸.۶۲±۲.۵۹ |
| زن | | ۴۰.۷۸ ± ۳.۸۹ | ۴۲.۱ ± ۴.۶۰ | ۴۹.۲۵ ± ۱.۶۲ | ۳۸.۰۱ ± ۶.۳۶ | ۴۲.۷ ± ۱.۵۱ |
| کل | | ۴۷.۸۶ ±۶.۰۶۲ | ۵۱.۳۳±۵.۷۴ | ۵۶.۳۳ ± ۲.۶۷ | ۴۵.۸۸ ±۶.۷۳ | ۵۰.۲۹ ± ۲.۱۹ |

## بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ی حاضر به بررسی میزان کیفیت زندگی سالمندان شهر ایلام با استفاده از ابزار استاندارد SF-26 پرداخته شد. چنانچه معیار صفر تا صد را که مربوط به پرسشنامه‌ی حاضر می‌باشد در نظر بگیریم، یافته‌های پژوهش فوق نشان داد که سالمندان شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ از کیفیت زندگی متوسطی برخوردارند. در خصوص ارتباط بین کیفیت زندگی سالمندان و جنسیت، یافته‌ها نشان داد میانگین کیفیت زندگی مردها بالاتر از کیفیت زندگی زنها بود و این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار بود (P<0/03). این یافته‌ها در تایید نتایج مطالعات مشابه در این زمینه می‌باشد (۹). شاید یکی از دلایل بالا بودن نمره‌ی کیفیت زندگی در مردان سالمند نسبت به زنان، استقلال اقتصادی بهتردر مردان به نسبت زنان می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که به طور کلی مجموع کیفیت زندگی در سالمندان مورد مطالعه و به ویژه زنان سالمند پایین می‌باشد. سلامتی دارای ابعاد متعددی است که هر کدام از ابعاد آن می‌تواند بر کیفیت زندگی موثر باشد و انسانها از آن رو به سلامتی اهمیت می‌دهند که بر روند زندگی و آسایش آنها تاثیر می‌گذارد و از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی دارای رابطه دو طرفه می‌باشند، بطوری که اختلال در وضعیت سلامت موجب مشکلات بهداشتی شده و مشکلات بهداشتی نیز بر روی کیفیت زندگی موثر می‌باشد. این نتیجه‌گیری ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به کیفیت زندگی این قشر از جامعه را مورد تاکید قرار می‌دهد. با توجه به پیشرفت روز افزون علم ولزوم برخورداری از سطح سواد مناسب جهت استفاده از امکانات رفاهی مدرن، شاید یکی از دلایل کیفیت زندگی متوسط افراد مورد پژوهش، سطح سواد این افراد باشد، چراکه اکثر افراد جامعه مورد پژوهش را افراد بی‌سواد تشکیل می‌دهد؛ و در بررسی متغیر سطح سواد، یافته‌ها بیانگر آن بود که کیفیت زندگی با سطح سواد ارتباط معناداری داشت و با افزایش سطح سواد و تحصیلات میانگین کیفیت نمره افزایش یافته بود (P<0/03). این یافته در تایید یافته‌های مطالعات دیگر نشان دهنده آن است که سواد افراد به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالم موثر بوده است و این امر به سلامتی بهتر و رضایت از زندگی منجر می‌شود. از نظر وضعیت تاهل نیز افراد دارای روابط خانوادگی غنی تر میانگین کیفیت زندگی بالاتر داشتند (P<0/02)، که این یافته در تایید دیگر مطالعات انجام شده در این زمینه است (۳و۹). همچنین وحدانی و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که میانگین امتیاز کیفیت زندگی در متاهلین از دو گروه مجرد و مطلقه بیشتر بود (۱۷). در مطالعه‌ی حکمت‌پور و همکاران ارتباط آماری معنی-داری بین کیفیت زندگی و وضعیت شغلی سالمندان

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

وجود دارد، در حالی که در پژوهش حاضر چنین ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (P<0/29) (۱۸). از آنجا که یکی از خطرات تهدیدکننده سلامتی در سنین سالمندی، تنهایی و انزواست، توجه به محیط حمایتی و توانمند سازی سالمندان به منظور مواجهه مناسب با این عامل ضروری به نظر می‌رسد. توصیه می-شود که در این زمینه پژوهش‌های بیشتری انجام شود. در واقع سلامتی و کیفیت زندگی دارای رابطه‌ی دو طرفه می‌باشند. با توجه به اینکه ترکیب فعلی جمعیت کشور را نسل جوان تشکیل می‌دهد و در آینده‌ی نه چندان دور آنان هم وارد دوران سالمندی می‌شوند، ضروری است که از هم اکنون به فکر ایجاد اقدامات زیربنایی جهت ارتقا و بهبود ابعاد کیفیت زندگی سالمندان بوده و در سطح برنامه‌ریزیهای کشوری لزوم انجام اقدامات اساسی در زمینه‌ی تامین خدمات بیمه‌ای سالمندان و درمان رایگان، لزوم حمایتهای مالی سالمندان نیازمند، برنامه‌های توانبخشی و وسایل کمکی جهت بهبود عملکرد و توانایی در انجام فعالیتهای روزانه و مراقبت از خود باید در نظر گرفته شود.

از محدودیتهای این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد که: نتایج و یافته‌های به دست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و نمی‌توان آن را به جامعه دیگری تعمیم داد. از آنجایی که مبنای بخشی از اطلاعات ارائه شده تنها گفته خود سالمند می‌باشد، احتمال عدم اطمینان از صحت آنها به علت کهولت سن و فراموشی وجود دارد.

## تشکر و قدردانی

در پایان لازم می‌دانیم از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، مرکز بهداشت شهرستان، همکاران گرامی که در امر جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها و در مراحل مختلف تحقیق همکاری داشتند و همچنین کلیه سالمندان محترمی که در اجرای این پژوهش ما را همراهی نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی نماییم.

## References

1. Rahimi A. Exploring the nature of elderly people life style: A grounded theory. Iranian Journal of Ageing. 2016;10(4):10-15.
2. Nations U. World population ageing 2009. Department of Economic and Social Affairs: Population Division 2009:129
3. Reshadat S, Zanganeh A, Saeidi S, Gilan NR, Bavandpour E, Ghasemi SR. Factors associated with Total Fertility Rate (TFR) In Kermanshah-2011. J Kermanshah Univ Med Sci 2015;18(11):666-73.
4. Noroozian M. The elderly population in iran: an ever growing concern in the health system. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences 2012;6(2):1-6.
5. Hesamzadeh A, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of Elderlys" Quality of Life" Living at Homes and in Private or Public Nursing Homes. Iranian Journal of Ageing 2010;4(4):23-30.
6. Breslow L. Health measurement in the third era of health. American Journal of Public Health 2006;96(1):17-23.
7. Epley DR, Menon M. A method of assembling cross-sectional indicators into a community quality of life. Social Indicators Research. 2008;88(2):281-96.
8. Hoi LV, Chuc NT, Lindholm L. Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam. BMC public health2010;10(1):1-12
9. Ritsner MS. Comparison of instruments for measuring the quality of life impairment syndrome in severe mental disorders. United States of America: Springer. 2009.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

10. De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction, and fecal incontinence. The American Journal of gastroenterology 2007;95(4):901-5.
11. Conger SA, Moore KD. Chronic illness and Quality of life: the social workers role. United States of America:TSAO foundation.2009.
12. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. BMC public health. 2010;8(1):13-20.
13. Mahalakshmi P, Vanisree A. Quality of life measures in glioma patients with different grades: A preliminary study. Indian Journal of cancer 2015;52(4):580-85
14. Suttajit S, Pilakanta S. Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. Neuropsychiatric disease and treatment 2015;11:1371-78
15. Nafez S, Mokhtari L, Karizi FA, Shojae N. Comparison of Quality of Life in Elderly Females who Live in Personal Home and who Live in Nursing Home in Borojen. Spectrum 2014;3(7):43-50.
16. Nejat S, Montazeri N, Majdzadeh EK. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): translation and psychometric of Iran. Journal of School of Public Health 2009; 4 (4): 1-12.
17. Vahdani MS, Gashtasbi A, Montazeri A,Mafton F.Health quality of life in elderly:population based survey . Payesh 2005;4:113-120.
18. Hekmatpour D, Shamsi M, Zamani M. The effect of healthy lifestyle education programs on promotion of physical activity in elderly of Arak. Arak University of Medical Sciences2012; 11(10):28-35.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

# Scrutiny the quality of life elderly in Ilam and its related factors in 2015

**Azadi A, Taghinezhad H, Azizi M*, Mahmodi Y, Jamaladin H**

## Abstract

**Introduction and Aim:** Increasing elderly population has led to increased attention to the concepts of quality of life in the past decades. This study was conducted to investigate the quality of life of scnior citizens of Ilam city related factors in 2013.

**Materials and Methods:** This study is a descriptive, cross-sectional study, and its samples included 200 senior citizen of Ilam who were randomly selected using cluster sampling from 10 urban health-care center. Quality of life index of the studied samples were analyzed by the Persian version of the twenty six-question questionnaire of quality of life published by the world health organization. SPSS 19, descriptive statistics, t-test and ANOVA were used for the data analysis.

**Findings:** Data obtained on four aspects of physical health, mental health, social relationships and environmental health, and the overall performance of quality of life of senior citizens showed that the mean score of QOL in physical health 48.86, mental health 51.33, social relationships 56.33 and environmental health was 45.88. The total mean score of quality of life of elderly people was 50.29. Moreover, the findings also showed that the average quality of life in older men (58.62±2.59)was higher than the quality of life of older women (42.7±1.51). Also, there was a significant relationship between the quality of life and gender, education level and marital status (P<0.03), and the relationship with issues such and age, employment status and insurance was not statistically significanr.

**Conclusion:** the results showed that the samples had a medium of quality of life. Therefore, there is the necessity to have a strategy to help elder people to improve and maintain overall health and quality of life.

**Key words:** quality of life, senior citizen, related factors.

**Azadi A**
Nursing PhD, Assistant Professor faculty member of Ilam university of medical science, Illam, Iran.

**Taghinezhad H**
Nursing PhD, Assistant Professor faculty member of Ilam university of medical science, Illam, Iran.

**Azizi M ***,
Masters student of Geriartric Nursing, Illam University of Medical Science, Illam, Iran. (Corresponding Author)
milad.azizi1366@yahoo.com

**Mahmodi Y**
Master of medical surgical Nursing education. Tehran University of Medical science, Tehran, Iran.

**Jamalaldin H**
Masters student of Geriartric Nursing, Illam University of Medical Science, Illam, Iran.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]